

Ohren - Z 21

Versicherungsscheinnr: /
Versicherte Person:
Geburtsdatum:
Berufliche Tätigkeit:

AD-Nr.:

1. Welche Ohrenerkrankung besteht oder bestand bei Ihnen?

Besteht die Erkrankung rechts links
 beidseitig

2. Welche Beschwerden bestehen / bestanden? (z. B.: Ohrgeräusche, Schwindel, Schmerzen, Hörminderung, Hörverlust,...)

3. Ist die Erkrankung

angeboren unfallbedingt unbekannter Ursache

Folge einer anderen Erkrankung Welcher? _____

4. Wie tritt oder trat die Erkrankung auf?

einmalig von: _____ bis _____

wiederholt seit wann? _____ wann zuletzt? _____

dauernd seit wann? _____

5. Hat Ihre Ohrenerkrankung Folgen oder Beschwerden hinterlassen?

nein, keine Folgen / Beschwerden mehr seit: _____

ja. Beschwerden seit: _____

Hörminderung

Schwindel/Gleichgewichtsstörungen

Tinnitus/Ohrgeräusche

Augenzittern

Taubheit

Sonstiges: _____

6. Wie wird Ihre Ohrenerkrankung behandelt?

Keine Behandlung seit: _____

Medikamente Präparatname: _____

Infusionstherapie Wann: _____ Wie lange: _____

Hörgerät Welches Ohr? _____

Tinnitus-Masker/
Tinnitus-Control-Instrument Welches Ohr? _____

Operation/Operation geplant Welche? _____ Wann? _____

